Konzepte der Psychotherapie

Ausarbeitung
für den Universitätslehrgang
Psychotherapeutisches
Propädeutikum

an der
Universität Wien

Ing. Mag. Michael Horvath

Jänner 2007
Wien

1. Tiefenpsychologische Konzepte

1.1 Erklärungsmodell zu Störungen

Wenn wir von tiefenpsychologischen Konzepten in der Psychotherapie sprechen, dann stellt sich zunächst die Frage, was den therapeutischen Schulen gemeinsam ist, die in diese Gruppe fallen. Datler (1999) geht von drei Grundannahmen aus, an die sich Sigmund Freud um 1900 angenähert hat und die ich im Folgenden kurz darstellen möchte: die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewussten, die Annahme unbewusster psychischer Strukturen und die Annahme unbewusster biographischer Lebenszusammenhänge. Wenn wir bedenken, wie selbstverständlich diese Postulate und Ableitungen daraus heute nicht nur in der therapeutischen Arbeit, sondern teilweise sogar in der Alltagssprache verwendet werden, dann wird uns erst bewusst, wie bahnbrechend Freuds Ansatz war.

Datler (1999) beginnt seine Erläuterungen mit dem Hinweis, dass Freud in der Arbeit mit seinen Patienten die Erfahrung gemacht hatte, dass diese bestimmte Erlebnisinhalte als besonders bedrohlich wahrnahmen und nur nach Überwinden von *Widerständen* in der Lage waren, sich bewusst daran zu erinnern. Dazu ein Zitat: „*Menschen versuchen daher ständig, sich in unbewusster Weise vor dem bewussten Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte zu schützen, da sie bereits unbewusst befürchten, dass ein bewusstes Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte mit dem Verspüren von äußerst unangenehmen Gefühlen verbunden wäre*.“[1] In der Folge entwickelte Freud die Idee eines ubiquitären (allgegenwärtigen) dynamischen Unbewussten, das offenbar ein gewisses Eigenleben führt, nachdem es ja in der Lage ist, Aktivitäten zu setzen, die das Bewusstwerden von Inhalten verhindern.

Aus der ersten tiefenpsychologischen Grundannahme folgt unmittelbar die zweite: Um die Psyche besser studieren zu können, differenzierte Freud diese, indem er seinen Fokus wechselweise auf deren bewusste und unbewusste Anteile lenkte und so eine erste Strukturierung schuf. Über die unbewussten Anteile schreibt Datler (1999) „*Die Annahme unbewusster psychischer Strukturen besagt, dass jeder Mensch bestimmte Tendenzen des Erlebens von Selbst und Welt ausbildet sowie bestimmte Tendenzen, auf dieses Erleben in spezifischer Weise mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) zu antworten*.“[2]

---

[1] Datler (1999), S. 84.
[2] Datler (1999), S. 86.

1923 erweiterte Freud sein Modell, indem er die vielzitierte Unterscheidung zwischen *ES*, *ICH* und *ÜBER-ICH* einführte, wobei, einfach gesagt, Ersteres für das Triebleben eines Menschen steht und Letzteres für die ethischen und moralischen Ideale und Regeln, denen dieser folgt, während das ICH jene psychischen Funktionen bezeichnet, die zwischen ES und ÜBER-ICH vermitteln und auch mit der Außenwelt in Kontakt stehen.

Eine neuere Strukturierung, die die Fähigkeit eines Menschen zur Realitätsprüfung, die Integration seiner Identität und das Niveau seiner Abwehrmechanismen berücksichtigt, kommt auf drei Niveaus des psychischen Funktionierens, die an dieser Stelle nur aufgezählt werden können: die *neurotische/normale* Persönlichkeit (Dazu zählen die hysterische, die depressiv-masochistische, die zwanghafte und die phobische Persönlichkeitsorganisation.), die *Borderline*-Persönlichkeit (Diese ist nicht identisch mit der Borderline-Störung im engeren Sinn und kann z. B. auch schizoide, sadomasochistische, paranoide oder narzisstische Züge aufweisen.) und die *psychotische* Persönlichkeit (Diese am schwersten desorganisierte Persönlichkeit äußert sich in affektiven oder atypischen Psychosen bzw. in Schizophrenie.).[3]

Wir kommen zum dritten tiefenpsychologischen Axiom, der Annahme unbewusster biographischer Lebenszusammenhänge, wonach Menschen die Tendenz haben, Situationen so zu begegnen, dass das Gewahrsein unangenehmer Inhalte möglichst gering gehalten wird, wobei bestehende psychische Strukturen, im Sinne einer Rückkoppelung, die Basis für die Ausbildung neuer Strukturen bilden. Dazu Datler (1999): „*Manche bewusst und unbewusst ausgebildeten Neigungen, Selbst und Welt zu erleben sowie mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) zu begegnen, werden im Leben eines Menschen nur geringfügig verändert und über Jahre und Jahrzehnte hinweg tradiert.*“[4] An dieser Stelle wird deutlich, dass einmal ausgebildete psychische Strukturen willkürlich nur schwer zu aktualisieren sind.

1.2 Beziehung zwischen Therapeut und Patient

Auf der Grundlage des bisher Gesagten wollen wir uns nun exemplarisch einigen Aspekten der Therapeut-Patient-Beziehung widmen. Wir haben im Zusammenhang mit der Annahme von unbewussten biographischen Zusammenhängen festgestellt, dass psychische Strukturen dazu neigen, beständig zu sein. Erlebnisweisen, die in vergangenen Begegnungen, vor allem mit frühen Bezugspersonen, ausgebildet worden sind, leben in aktuellen Situationen wieder auf und werden unbewusst auf gegenwärtige Dialogpartner übertragen, so auch vom Patienten auf den Therapeuten. Diese Neigung des Patienten zur *Übertragung* wird vom Therapeuten bewusst wahrgenommen und im Zuge des therapeutischen Prozesses genutzt.

Nachdem auch der Therapeut seine psychischen Strukturen in die Beziehung mit einbringt, läuft er permanent Gefahr, eigene Übertragungsneigungen am Patienten auszuleben oder auf dessen Neigungen so zu reagieren, dass ihnen entsprochen wird. Ist er sich dieser Tatsache sowie seiner eigenen Gefühle und Impulse dem Patienten gegenüber bewusst, kann er auch

[3] Vgl. Schuster (2005).
[4] Datler (1999), S. 88.

seine Tendenz zur *Gegenübertragung* therapeutisch nutzen. Dazu Paula Heimann, zitiert in Sandler (1976): „Das Unbewusste des Analytikers versteht das des Patienten. Diese Beziehung in der Tiefenschicht kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Analytiker als Reaktion auf seinen Patienten, als seine Gegenübertragung bemerkt.“[5]

Die traditionelle Haltung des tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten, eng mit dem Bild vom schweigsamen, hinter der obligatorischen Couch sitzenden Analytiker verbunden, ist von *Abstinenz* geprägt: Der Patient soll für seine Symptome so wenig Ersatzbefriedigung wie möglich erhalten. Unabhängig von seiner Zurückhaltung hat jedoch die Art, in welcher der Therapeut als Mensch erlebt wird, entscheidenden Einfluss auf den therapeutischen Erfolg. Dementsprechend sieht die jüngere Literatur den Analytiker als einen *Container*, der die für den Patienten unerträglichen Inhalte aufnimmt, versteht und diesem in Gestalt einer „entschärften“ *Deutung* zurückgibt, damit dieser sie weiter bearbeiten kann. Dazu Cremerius: „Der Analytiker soll nicht Regeln einhalten, sondern Funktionen in einem Prozess ausüben.“[6]

Damit sind wir beim letzten Aspekt der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, den ich im Rahmen dieser Frage behandeln möchte und den ich als studierter Philosoph deswegen so interessant finde, weil er ein wissenschaftstheoretisches Problem darstellt: Der Therapeut geht ja davon aus, dass sich seine Deutungen auf psychische Inhalte beziehen, die im Unbewussten des Patienten existieren. Datler (1999) merkt dazu an: „Dass diese Inhalte in der Psyche des Patienten bereits vor der Deutung des Analytikers vorhanden sind, ist dabei mehr oder weniger explizite Voraussetzung für die Sinnhaftigkeit, ja mitunter auch für einen ominösen Wahrheitsanspruch dieser seiner Deutungen.“[7] Das ist in der Tat ein Paradoxon, weil der Patient per Definition keinen Zugang zum eigenen Unbewussten hat und der Therapeut es erst recht nicht direkt beobachten kann. Einen Ausweg aus dieser denkerischen Sackgasse bietet der Konstruktivismus, der die Suche nach der „einen Wahrheit“, die im Unbewussten des Patienten verborgen ist, umdeutet in einen therapeutischen Dialog, im Zuge dessen die Realität des Patienten in Kooperation mit dem Therapeuten neu konstruiert wird. Auf diese Art werden aus alten Wahrheiten neue, die das Leid des Patienten mindern helfen.

1.3 Therapeutische Techniken und Interventionen

Beim Besprechen der tiefenpsychologischen Grundannahmen[8] hatten wir festgestellt, dass ein Patient nur nach Überwinden von *Widerstand* in der Lage sei, sich bedrohliche Inhalte ins Bewusstsein zu rufen. Nun wollen wir anhand eines Textes aus Greenson (1967) beispielhaft zeigen, wie ein Psychoanalytiker technisch gesehen mit diesem Widerstand umgehen würde. Greenson (1967) schickt voraus, dass technische Regeln in der Therapie generell elastisch anzuwenden sind, also dem Patienten, dem Therapeuten und auch der Situation angemessen:

---

[5] Sandler (1976), S. 298.
[6] Datler (1999), S. 116.
[7] Datler (1999), S. 126f.
[8] Vgl. 1.1 Erklärungsmodell zu Störungen.

„Eine technische Maßnahme ist nur dann nützlich, wenn man das klinische Problem, die Fähigkeiten des Patienten und die Ziele einbezieht, die man zu erreichen versucht.“[9]

Während Freud in seiner analytischen Arbeit anfangs einfach versuchte, Unbewusstes bewusst zu machen, erkannte er bald, dass nicht dieses Wiedererinnern therapeutisch wirksam war, sondern das Überwinden der entsprechenden Widerstände. Greenson (1967) schlägt vor, im Zuge der Analyse das Ich des Patienten als zweigeteilt zu sehen: „Das unbewusste, irrationale Ich ist der Urheber der pathogenen Abwehr und tritt während der Behandlung als das *erlebende Ich* in Erscheinung. Das bewusste, rationale Ich ist der Verbündete des Analytikers und tritt klinisch während der Analyse als *beobachtendes Ich* des Patienten auf (Sterba, 1934).“[10] Man könnte auch sagen, das erlebende Ich sei mit dem ES assoziiert und das rationale mit dem ICH. Die technische Regel für den Therapeuten lautet nun: *Analysiere den Widerstand vor dem Inhalt, das ICH vor dem ES!*

Ziel dieser Technik ist es, zunächst das beobachtende Ich des Patienten zu stärken, damit es anschließend die Unvernunft der Abwehrreaktionen des erlebenden Ichs einsehen und stimmigere Verhaltensweisen im Umgang mit der einstigen Gefahr finden kann. Greenson demonstriert die Technik an einem klinischen Beispiel und schreibt dann: „Ich glaube, wenn ich dem Widerstand ausgewichen und direkt auf den Inhalt eingegangen wäre, hätte es entweder eine wütende *Verleugnung* gegeben oder eine intellektuelle *Diskussion* oder *Unterwürfigkeit* mit keiner wirklichen Emotion und keiner wirklichen Einsicht.“[11] An diesem einen Beispiel für eine therapeutische Technik wird für mich bereits jene Kombination aus Einfühlungsvermögen (*Erleben*) und Reflexionsvermögen (*Beobachten*) deutlich, die mir persönlich den Beruf eines Psychotherapeuten so interessant erscheinen lässt.

1.4 Verwendete Literatur

Datler, W. (1999): Tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie. In: Slunecko, T. / Sonneck, G. (Hg.): Einführung in die Psychotherapie, WUV, Wien, S. 77 – 139.

Greenson, R. R. (1967): Technik und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart.

Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. In: Psyche 4/76, S. 297 – 305.

Schuster, P. (2005): Psychische Struktur. In: Springer-Kremser, M. / Löffler-Stastka, H. / Kopeinig-Kreissl, M. (Hg.): Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit, WUV, Wien.

[9] Greenson (1967), S. 148.
[10] Greenson (1967, S. 150 [Hervorhebungen von mir].
[11] Greenson (1967), S. 152 [Hervorhebungen von mir].

2. Humanistische Konzepte: Personzentrierte Psychotherapie

2.1 Erklärungsmodell zu Störungen

Der personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie wurde von dem US-Amerikaner Carl R. Rogers (1902 – 1987) entwickelt, nachdem er weder mit dem behavioristischen Ansatz, den er im Rahmen seines Psychologie-Studiums kennengelernt hatte, noch mit der Psychoanalyse, mit der er im Zuge seiner beruflichen Tätigkeit praktische Erfahrungen sammeln konnte, wirklich zufrieden war. Dazu Schmid (1999): „Zunehmend schien ihm nur eine prinzipiell phänomenologische Theorie angemessen, die vor allem die Selbstdarstellungen (Symbolisierungen) der Klienten und die ihnen zugrundeliegenden Erfahrungen und Erscheinungen (Phänomene) ernst nimmt und sie so zu verstehen sucht, wie der Klient sie sieht.“[12] Der Psychotherapeut ist im personzentrierten Ansatz nicht Experte für die Lösung bestimmter Probleme durch bestimmte Methoden, vielmehr bietet er dem Klienten[13] eine besondere Form der *Beziehung* an, in der dieser sich persönlich entwickeln kann.

Person: Rogers nannte sein Vorgehen zunächst *nondirektiv*, um sich von der manipulativen verhaltenstherapeutischen bzw. deutenden psychoanalytischen Arbeit seiner Kollegen abzugrenzen. Damit ist eine „hilfreiche Präsenz“ (*facilitative responsiveness*) des Therapeuten gemeint, die grundsätzlich absichtslos ist, sowohl was bestimmte Inhalte als auch bestimmte Methoden angeht. Später sprach er vom *klientenzentrierten* Ansatz, um dem Missverständnis vorzubeugen, der Therapeut würde dabei nur eine passive, inaktive Rolle spielen. Schließlich nannte er sein Vorgehen *personzentriert*, um bewusst auf die *gemeinsame* Situation zweier oder mehrerer *Einzelner* im Zuge des therapeutischen Prozesses hinzuweisen. Zur Erläuterung ein Zitat: „Mit der Bezeichnung als ‚Person‘ wurden in der abendländischen Philosophiegeschichte bekanntlich ein Menschenbild und eine Anthropologie entwickelt, die den Menschen gleichrangig und dialektisch in seiner Individualität und Selbständigkeit wie in seiner Relationalität und Beziehungsangewiesenheit zu verstehen suchen.“[14]

---

[12] Schmid (1999), S. 171.

[13] Mit Rücksicht auf die Lesbarkeit des Textes wird im Folgenden für Personenbezeichnungen die (kürzere) männliche Form gewählt. Wenn nicht explizit anders angegeben, sind dabei Männer und Frauen gemeint.

[14] Pennauer/Schmid (2002), S. 2.

Aktualisierungstendenz: Das wohl wichtigste Axiom der personzentrierten Psychotherapie ist jenes von der Aktualisierungstendenz des menschlichen Organismus. Es besagt, dass dieser quasi von Natur aus nach der Realisierung seiner Bedürfnisse und der Entfaltung seiner Möglichkeiten strebt, sofern er nicht durch verschiedenste Einflüsse daran gehindert wird.[15] Das beinhaltet, in Rogers' eigenen Worten, auch folgendes optimistische *Menschenbild*: „Eine der revolutionärsten Einsichten, die sich aus unserer klinischen Erfahrung entwickelt hat, ist die wachsende Erkenntnis: der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner tierischen Natur ist von Natur aus positiv – von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch."[16]

Selbst: Ein Grundbegriff von Rogers sei an dieser Stelle noch genannt[17], er bezeichnet die Fähigkeit des Menschen zur Reflexion der eigenen Person: „Wie sich eine Person selbst sieht, welche Annahmen sie über ihre Eigenschaften und Fähigkeiten hat und wie sie diese bewertet, wird, von dem Betreffenden her betrachtet, *Selbstkonzept*, oder, von außen betrachtet, *Selbststruktur*, kurz *Selbst* genannt. Das Selbst entsteht, entwickelt und verändert sich aus den Erfahrungen mit der eigenen Person (*Selbsterfahrungen*) in Beziehungen, insbesondere solchen zu bedeutsamen anderen Personen."[18] Im Zusammenhang mit dem Selbst spielt die *Selbstaktualisierungstendenz* eine wichtige Rolle, das ist jene Funktion innerhalb der Aktualisierungstendenz, die dazu dient, das eigene Selbst zu erhalten und zu optimieren.

2.2 Diagnostik

Was die psychologische Diagnostik betrifft, vertrat Carl Rogers eine originelle, zutiefst *humanistische* Überzeugung: Er meinte, eine Diagnose im Rahmen einer Psychotherapie sei nicht nur überflüssig, sie könne für den therapeutischen Prozess sogar schädlich sein.[19] Indem nämlich der Therapeut dem Klienten im Vorhinein den Stempel einer psychischen Krankheit aufdrückt, steht die Diagnose während der gesamten Therapie als ein Abstraktum zwischen Therapeut und Klient und stört so deren Beziehung. Die Alternative sieht folgendermaßen aus: „Personzentrierte Psychotherapie vertritt den Standpunkt, dass die Therapie sozusagen selbst die Diagnose ist, diese also erst gemeinsam durch Therapeut und Klient im Prozess der Therapie gefunden und immer wieder modifiziert werden müsse (‚*Theragnose*')."[20]

---

[15] Persönlich erinnert mich das an die *Innere Weisheit* der spirituellen Traditionen, wie sie etwa im christlichen „Dein Wille geschehe." oder im hinduistischen „Om namah shivaya." zum Ausdruck kommt.
[16] Rogers (1961), S. 99f.
[17] Zum tatsächlichen Erklärungsmodell für psychische Störungen verweise ich auf den Teil 2.2 Diagnostik.
[18] Schmid (1999), S. 185f.
[19] Vgl. Pennauer (2006), S. 15.
[20] Schmid (1999), S. 204.

Kongruenz: Der personzentrierte Therapeut behandelt also nicht einen psychisch kranken Patienten, er *begegnet* einer leidenden Person. Theoretisch kann die Heilung dieser Person als deren Rückkehr zur Kongruenz verstanden werden. „Kongruenz ist die Übereinstimmung zwischen Selbst und (organismischer) Erfahrung. Integration (exakte Symbolisierung) von Erfahrung in das Selbst macht es flexibel, stabil, anpassungs- und widerstandsfähig, offen und entwicklungsfähig."[21] Es ist anzumerken, dass der Begriff der Kongruenz ein Ideal darstellt: Jeder Mensch ist partiell und temporär *inkongruent*. Inkongruenzen werden erst dann zu ausgeprägten psychischen (Entwicklungs-)Störungen, wenn sie chronisch werden und wesentliche Bereiche der Person betreffen.[22] Dabei gilt: „Je rigider das Selbstkonzept ist, um so häufiger muss Erfahrung abgewehrt werden, und dadurch wird wieder die Inkongruenz verstärkt. Existenzielle Entfremdung ist schließlich das Resultat."[23]

2.3 Beziehung zwischen Therapeut und Klient

Im personzentrierten Ansatz ist die therapeutische Beziehung nie ein instrumentalisiertes Mittel zum Zweck, vielmehr *ist* sie die Therapie. Pennauer/Schmid (2002) schreiben: „Niemals ist personzentriertes Handeln ein Handeln ‚um zu'. Deshalb ist im Gegensatz zu einer therapeutischen Technologie eine ‚personzentrierte Kairologie' zu entwickeln – als Reflexion der Kunst, im richtigen Moment das Rechte zu tun [...]."[24] Mit anderen Worten: Der Therapeut begegnet dem Klienten *unmittelbar*, d. h. ohne auf Mittel (Techniken) zurückzugreifen. Die Therapie wird so zur Kunst, zu einem absichtslosen *Spiel*, dessen Regeln von den Beteiligten erst im Laufe des Spiels generiert und immer wieder aktualisiert werden.

Was bewirkt nun diese besondere Form der Begegnung beim Klienten? Dazu Rogers (1961): „Die Entdeckung, dass es einen *nicht* zerstört, wenn man die positive Zuwendung eines anderen annimmt, dass es nicht notwendigerweise in Verletzung endet, dass es einem eigentlich wohl zumute ist, wenn ein anderer Mensch bei den Bemühungen, dem Leben zu begegnen, dabei ist: Dies ist möglicherweise eine der tiefsten Lernerfahrungen, die der einzelne, ob in der Therapie oder nicht, macht."[25] Beim Therapeuten wird aus anfänglichem Respekt und der Bereitschaft, den Klienten als Person anzunehmen, „fast etwas wie Ehrfurcht, wenn er zuschaut, wie ein Mensch mutig und zäh darum kämpft, er selbst zu werden". [26]

---

[21] Pennauer (2006), S. 16.
[22] Vgl. Schmid (1999), S. 199.
[23] Schmid (1999), S. 200.
[24] Pennauer/Schmid (2002), S. 7. *Kairos* ist der griechische Gott, der die qualitative Dimension der Zeit repräsentiert, die „günstige Gelegenheit", im Gegensatz zu *Chronos*, der für die messbare Zeit steht.
[25] Rogers (1961), S. 95.
[26] Rogers (1961), S. 92.

Um die therapeutische Beziehung möglichst heilsam zu gestalten, kann der Therapeut auf drei personzentrierte Grundhaltungen zurückgreifen, die auch als drei Aspekte ein und derselben Grundhaltung aufgefasst werden können: Authentizität, Akzeptanz und Empathie.[27]

Authentizität: „Unter Authentizität (*Kongruenz, Echtheit, Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit*) ist die Haltung einer Person zu verstehen, die frei und tief sie selbst ist; ihre gegenwärtige Erfahrung wird exakt von ihrem Bewusstsein, das sie von sich selbst hat, repräsentiert. Sie ist sich ihres Selbst bewusst."[28] Der Therapeut kann nur authentisch wirken, wenn seine eigenen Inkongruenzen im Rahmen der Therapie nicht zum Tragen kommen, was natürlich Einiges an Selbsterfahrung voraussetzt.

Akzeptanz: Die zweite Dimension der personzentrierten Grundhaltung beruht, so könnte man sagen, auf dem Vertrauen in die Wirkungsweise der Aktualisierungstendenz: „Die nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung (*bedingungsfreie positive Zuwendung bzw. Beachtung, Akzeptieren, Anteilnahme, Achtung, Anerkennung*) meint eine Haltung, die den anderen in seinem Wesen bejaht und annimmt, wie er ist. Er wird nicht bewertet oder beurteilt; die herzliche Zuwendung wird nicht an Bedingungen geknüpft, etwa daran, dass der andere sich so verhält und entwickelt, wie man es gerne sähe."[29] Diese Form der Akzeptanz ist vergleichbar mit der idealtypischen Einstellung von Eltern ihrem kleinen Kind gegenüber.

Empathie: Damit ist der absichtslose Versuch gemeint, sich in die Erlebniswelt des Klienten, in sein inneres Bezugssystem, zu versetzen und so zu empfinden, als ob man er wäre. Das beinhaltet einerseits, sich *nicht* mit ihm zu *identifizieren*, was eine Grenzverletzung bedeuten würde, und andererseits, ihn *nicht* zu *interpretieren*, also von außen zu beurteilen.

2.4 Verwendete Literatur

Pennauer, J. / *Schmid*, P. F. (2002): Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung. Nach einem Vortrag von P. F. Schmid.

Pennauer, J. (2006): A.1 Problemgeschichte und Entwicklung psychotherapeutischer Schulen / A.1.2 Humanistische Konzepte. Skriptum für das Psychotherapeutische Propädeutikum.

Rogers, C. (1961): Entwicklung der Persönlichkeit / Kap. 5: Wege der Therapie. S. 84 – 113.

Schmid, P. F. (1999): Personzentrierte Psychotherapie. In: *Slunecko*, T. / *Sonneck*, G. (Hg.): Einführung in die Psychotherapie. WUV, Wien, S. 168 – 211.

[27] Vgl. Pennauer (2006), S. 22f bzw. Schmid (1999), S. 193ff.
[28] Schmid (1999), S. 193.
[29] Schmid (1999), S. 194.

3. Systemische Konzepte

3.1 Exkurs: Systemik

„‚Systemisches Denken‘ umfasst heterogene Denkansätze aus verschiedenen Disziplinen, deren Gemeinsamkeit der nichtreduktionistische Umgang mit Komplexität ist, wie Allgemeine Systemtheorie, Autopoiesetheorie, Kybernetik (2.Ordnung), Synergetik, Kommunikationstheorie, Konstruktivismus, sozialer Konstruktionismus, Theorie der Selbstreferentialität, der Selbstorganisation und dynamischer Systeme, Chaostheorie usw.

Konzepte wie Zirkularität, Autonomie und Selbstorganisation von Systemen fordern zu einem Umdenken heraus. So steht der Annahme linearer Kausalität mit ihrer Forschung nach Ursachen in der systemischen Betrachtungsweise das Konzept der Zirkularität gegenüber. Danach kann in komplexen Prozessen keine Unterscheidung zwischen ‚Ursache‘ und ‚Wirkung‘ getroffen werden. Die Frage nach dem ‚Wie‘ wird wichtiger als nach dem ‚Warum‘ von Verhaltensweisen. Veranschaulichung und Veränderung von Kommunikationsstrukturen sind ein wesentliches Ziel systemorientierter Psychotherapie.“[30]

3.2 Systemische Familientherapie

Historisch gesehen geht die SFT auf die Anwendung systemischer Denkweisen und Interventionen auf „problematische“ Familienordnungen zurück: „Man sprach vom ‚System Familie‘ und bezog sich dabei auf die konkreten Personen als Elemente eines solchen Systems, zwischen denen dann die Kommunikationen und sozialen Beziehungen (oft unklar abgegrenzt) als Relationen konzipiert werden.“[31] Die Klienten[32] werden in der SFT nicht nur als Kunden gesehen, sondern auch als „Schutzbefohlene“, wie es die ursprüngliche Bedeutung des Wortes (lat. *cliens* = Anhänger, Schützling, Höriger) nahelegt.

---

[30] Quelle: http://www.oeas.at/systemisch.htm [12. 11. 2006].
[31] Kriz, J.: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner ; UTB 1999, S. 102.
[32] Mit Rücksicht auf die Lesbarkeit des Textes wird im Folgenden für Personenbezeichnungen die (kürzere) männliche Form gewählt. Wenn nicht explizit anders angegeben, sind dabei Männer und Frauen gemeint.

Die Therapie selbst ist eine lehrbare und lernbare Methode, deren praktische Anwendung niemals beliebig sein darf. Der Einsatz von Techniken, Instrumenten, Werkzeugen muss immer mit der theoretischen Basis konform gehen. Eine mögliche Zusammenfassung: „Systemische Familientherapie arbeitet mit Interventionen in komplexe intrapsychische oder interpersonale menschliche Systeme mit dem Ziel, Leiden zu lindern oder zu beseitigen. Sie schafft Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge in komplexen bio-psycho-sozialen Systemen unter professionellen Bedingungen."

Als *theoretisch-konzeptuelle Grundpositionen* können genannt werden:

- *Autonomie*: Dieser Begriff stammt ursprünglich aus der biologischen Systemtheorie: „Autonomie bedeutet, dass das System auf Grund seiner eigenen Struktur die Reihe der Zustandsfolgen, die es durchgeht, determiniert."[33] Anders ausgedrückt: Es ist nicht fest vorgegeben, wie ein biologisches System, in unserem Fall ein Mensch oder eine Gruppe von Menschen, auf einen Reiz von außen reagieren wird. Das System reagiert seiner Umwelt gegenüber bis zu einem gewissen Grad autonom.
- *Eigendynamik und Eigengesetzlichkeit*: Aus oben genannter Autonomie ergibt sich eine Eigendynamik des Systems, die bewirkt, dass die Art und Weise, in der sich ein System verändern wird, von außen nicht voraussagbar ist. In der SFT versucht der Therapeut, ein System bewusst zu destabilisieren, um es „in Bewegung zu bringen", um ihm neue Perspektiven zu eröffnen. Das setzt natürlich einen sicheren Rahmen voraus, der durch das Setting, die Haltung des Therapeuten etc. gewährleistet wird. Veränderungen erscheinen dann oft plötzlich, als Phasen-Übergänge.
- *System-Umwelt*: Die Berücksichtigung der Lebensbedingungen des oder der Klienten spielt in der SFT eine wesentliche Rolle, wobei natürlich auch die Umwelt des Therapeuten Einfluss auf das System hat.
- *Veränderung innerer Konstrukte und Wirklichkeitskonstruktionen*: Für den Therapeuten ist es wichtig, im Rahmen seiner Ausbildung die eigenen Wirklichkeitskonstruktionen kennenzulernen, um anerkennen zu können, dass seine Sicht der Welt nicht die Welt selbst ist. Entsprechend kann er dann seinen Klienten helfen, in diesem Bereich „heilsame Aktualisierungen" vorzunehmen. *Re-Framing*: Wechsel des Bezugsrahmens. Bsp. Ein „schlimmes" Kind, das etwas „anstellt", kann auch als kreativ, selbständig, technisch begabt verstanden werden, aber auch als einsam und verzweifelt.

[33] Krieger, D. J.: Einführung in die allgemeine Systemtheorie; UTB 1998, S. 37.

- *Wechselseitiger Bezug / Strukturelle Koppelung zwischen individuellen Problemen und interpersoneller Kommunikation*: „Innere“ Probleme wirken sich auch „außen“ aus und umgekehrt.

3.3 Setting

SFT ist die Bezeichnung für eine therapeutische Methode, nicht für das jeweilige Setting, also die Rahmen- und Randbedingungen, unter denen die Therapie stattfindet. Behandelt werden nicht nur Familien, sondern auch Einzelne, Paare oder Gruppen unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung. Daneben eignet sich die SFT gut zum Arbeiten im Zwangskontext, z. B. im Rahmen von Projekten wie „Therapie statt Strafe“. Im Folgenden einige weiterführende Überlegungen zu einzelnen Aspekten des Settings.

Therapeut, Team: Es besteht die Möglichkeit, dass ein zusätzlicher Therapeut oder ein ganzes Team den therapeutischen Prozess über einen Einwegspiegel mitverfolgt. In jedem Fall ist eine Aufklärung des oder der Klienten über das Setting, die Größe und die Zusammensetzung des Teams etc. notwendig. Ein kurzes Joining auch mit dem oder den Therapeuten „hinter dem Spiegel“ ist sinnvoll. Personen aus dem Team, die den oder die Klienten aus dem privaten Kontext kennen, sollten generell ausgeschlossen werden, dazu gehören Nachbarn, Lehrer, Ärzte etc. Statt mit Einwegspiegeln kann auch mit Kameras gearbeitet werden. In jedem Fall geht die „feine“ Affektivität, die Atmosphäre für jene Beteiligten verloren, die nicht selbst im Raum anwesend sind. Co-Therapeuten im selben Raum sind ebenfalls denkbar, entweder mit einem gewissen Abstand oder als Teil des Systems.

Gerade Interventionen des Nein-Sagens, des Ausschlusses, müssen klar und sicher gesetzt werden. Der therapeutische Rahmen darf nie unsicher werden. Als Sicherheitsmaßnahme für den therapeutischen „Anfänger“ gibt es die Supervision, ebenso gibt ihm das Setting selbst einen gewissen Sicherheitsrahmen vor. Der „Anfänger-Geist“, die Begeisterung des Novizen, ist eine zusätzliche Ressource, die mit zunehmender Routine verlorengeht.

Der Wunsch nach einem bestimmten Geschlecht des Therapeuten ist schon ein „Unterschied, der einen Unterschied macht“. Er wird nicht in Frage gestellt, der Grund für diesen Wunsch sollte aber sehr wohl erfragt werden. Überweiser folgen bei der Wahl des Geschlechts eines Therapeuten individuellen Regeln. Im Zweifelsfall sollte nach einer Rücksprache der Wunsch der betreffenden Familie respektiert werden.

Generell gilt, dass ein gut ausgebildeter Therapeut mit jeder Art von Fragestellung umgehen können sollte. Erst das Erkennen der eigenen Grenzen ermöglicht deren allmähliche Erweiterung. Vorurteile bezüglich des Alters des Therapeuten sind von Vornherein auszuräumen, wobei das Alter in einer Paartherapie manchmal sehr wohl zu einem Problem werden kann. Bsp. Die Eifersucht-Problematik eines Paars wird auf die junge Therapeutin übertragen. Eine schwangere Therapeutin kann je nach zu therapierender Familie als positiv, als ängstigend etc. erlebt werden.

Beteiligte Personen (Einzelperson, Paar, Familie, Subsystem etc.): Verstorbene gehören mit in eine SFT, indem über sie geredet wird, eventuell unterstützt durch Fotos etc. Die SFT arbeitet nicht mit Stellvertretern, wie z. B. eine Familienaufstellung im Rahmen einer Selbsterfahrung.

Kooperationsformen / Vernetzungen mit anderen an der Fragestellung/Therapie Beteiligten: Hierzu gehört etwa der Überweiser, auch Zuweiser genannt. Eine Kontaktaufnahme mit ihm ist nicht immer notwendig. Überweiserin kann auch eine Großmutter sein, die sich um ihren Enkel sorgt und dessen Eltern zu einer Therapie überredet.

Konkrete Gestaltung der Therapiebedingungen: Damit sind der Therapieraum mit seiner Innenausstattung, speziell der Art und Anordnung der Sitzgelegenheiten, die technische Ausstattung des Raums etc. gemeint.

Sonstige Bedingungen, die den organisatorischen und zeitlichen Rahmen strukturieren: Beispielsweise sollte auf die Bedürfnisse eines anwesenden Säuglings Rücksicht genommen werden. Dieser wird interessanterweise weniger auf offene Streitgespräche als auf versteckte Disharmonien reagieren.

Es sollte keine Störungen von außen, wie z. B. Telefonate, geben. Telefonieren mit dem Handy während einer Therapiesitzung sollte allerdings nicht von Vornherein unterbunden werden. Der Therapeut kann daraus nämlich wichtige Informationen über das System gewinnen. Bsp. Wer hat angerufen? Wie reagiert die Person auf den Anrufer? Der Therapeut selbst sollte aber nur im Notfall telefonieren.

Das Verlassen des Raums, etwa um das WC aufzusuchen, sollte auch für den Therapeuten möglich sein. Dabei ist es von Vorteil, wenn der Therapeut, als eine Art „Schutzraum“, ein eigenes WC hat. Wenn möglich, findet die Therapie nicht in der eigenen Wohnung des Therapeuten statt.

Die Frequenz für eine SFT reicht von zweimal pro Woche bis zu zweimal pro Jahr, sie wird an den oder die jeweiligen Klienten angepasst. Der finanzielle Rahmen muss den Klienten ebenfalls transparent gemacht werden, wozu unter anderem die Organisation der Institution gehört, etwa dass diese durch Stellen der katholischen Kirche finanziert wird oder Ähnliches. Die Methode der SFT ist flexibel im Hinblick auf das zu bearbeitende Problem, sie kann kürzer oder länger angewendet werden, mehr oder weniger in die Tiefe gehen. Eine Paartherapie dauert z. B. in der Regel etwa 10 Stunden. In einer Privatordination kann die Bestimmung des Honorars durch den Klienten selbst, innerhalb eines vorgegebenen Rahmens, bereits eine therapeutische Intervention sein. Dabei sind die Honorar-Empfehlungen des Berufsverbands zu berücksichtigen, um Dumping zu vermeiden.

3.4 Menschenbild

Kennzeichen des Menschenbildes in der SFT, welches natürlich auch die therapeutische Haltung prägt, ist die Einzigartigkeit jedes Menschen. Der Einzelne wird als eine Ganzheit verstanden, und die Methode setzt an der Aktivierung seiner Ressourcen an, also an der Summe seiner Erfahrungen, seiner Fähigkeiten und seines Wissens.

Die Internalisierung des der Methode zugrunde liegenden Menschenbildes ist für den Therapeuten unumgänglich, wobei je nach dem zu bearbeitenden Problem die biologischen, psychischen, spirituellen, sozialen oder sprachlichen Facetten eines Menschen mehr in den Vordergrund treten, seine Fähigkeit zu denken, sei es intentional oder ungewollt, zu fühlen, Sinn zu konstituieren etc.

3.5 Therapeutische Haltung

Grundsätzlich gilt, dass sich der Therapeut dem Ziel des Klienten unterzuordnen hat. Er sollte in der Lage sein, Perspektiven und Standpunkte gemäß den Anforderungen des Klienten zu relativieren bzw. zu wechseln, er sollte selbstkritisch sein und eine Bewusstheit für die Vernetzung und Zirkularität im Kontext von Systemen mitbringen.

Die Tätigkeit des Therapeuten ist insofern besonders verantwortungsvoll, als er vom Klienten als ganzer Mensch wahrgenommen und nicht selten idealisiert wird. So kann alles, was der Therapeut tut oder nicht tut, bereits eine Intervention sein, er kann nicht „nicht intervenieren". Bsp. Eine Therapeutin bemerkt zu ihrer Klientin, dass sie deren Kleid hübsch findet (Das erinnert übrigens an die überlieferten Dialoge zwischen Meistern und Schülern im Zen-Buddhismus, wie etwa den folgenden: „Einst sagte ein Mönch zu Joshu (Chao-chou, 778 – 897): ‚Ich bin gerade ins Kloster gekommen. Seid so gut, Meister, unterweist mich bitte.' Joshu sagte: ‚Hast du schon dein Frühstück gegessen?' Der Mönch sagte: ‚Ja, das habe ich.' Joshu sagte: ‚Dann wasch die Essschale ab.' Der Mönch kam zu einer Einsicht."[34]).

Therapeutische Reise: Der Therapieprozess kann mit einer Reise verglichen werden, bei der der Therapeut die Rolle des „Reiseführers" einnimmt und der Klient in Absprache mit ihm das Ziel bestimmt. Je besser diese Reise vorbereitet ist, d. h. je zielorientierter die Vorgangsweise, desto mehr Energie steht für den Prozess zur Verfügung. Typische Fragen, die im Vorhinein zu klären sind: Wo stehen wir? Wohin wollen wir? Warum wollen wir das Ziel erreichen? Mit wem? Sind wir hinreichend ausgerüstet? Woher wissen wir, dass wir angekommen sind? Bsp. Woran werden wir erkennen, dass wir es geschafft haben, mit der Person X eine Gesprächsbasis aufzubauen?

Um den Fokus des Klienten zu erweitern, was für sich schon heilsam wirkt, kann der Systemische Familientherapeut auf weitere Fragen zurückgreifen, wie zum Beispiel:

- Welche Konstanten gibt es in Ihrem Leben? Was ist gut so wie es ist?
- Wie war Ihr Leben, als Ihr jetziges Problem noch nicht vorhanden war? Was war anders?
- Was ist der worst case bei einer Veränderung, das Schlimmste, was passieren kann?
- Was ist der best case, das Beste, was durch eine Veränderung eintreten kann?
- Was ist rundherum? Welche Kraft können Sie aus Ihrer Umgebung schöpfen? (Bei dieser Frage wird die Spannung zwischen der Einzigartigkeit des Klienten auf der einen Seite und seiner Verwobenheit in soziale Gegebenheiten und einen kulturellen Kontext auf der anderen Seite deutlich.)
- Was glauben Sie, welchen Sinn Ihr Problem hat? Was gewinnen Sie, wenn Sie Ihre Störung aufrechterhalten?

[34] Suzuki, D.: Satori – Der Zen-Weg zur Befreiung; Bern/München/Wien 1953/1996, S. 168.

Der Einstieg in ein zu bearbeitendes System und der Ausstieg daraus ist für den Therapeuten sehr wichtig, seine Bindung an das jeweilige System und die Lösung davon vollzieht er ganz bewusst. Im Zuge der Ausbildung üben angehende Therapeuten ihre Flexibilität durch wiederholtes Ein- und Aussteigen, wobei in den Rollenspielen Männer auch Frauen spielen und umgekehrt.

Affektivität: Da sich die Stimmung des Therapeuten immer im Raum ausbreiten wird, muss er lernen, diese so zu steuern, dass sie den Therapieprozess günstig beeinflusst. Allein indem er seinen Klienten authentisches Interesse entgegenbringt, verändert er diese schon, weil er deren Selbstbewusstsein stärkt.

Unweigerlich auftretende Allmachtgefühle, die einen Rückfall in kindliches Verhalten darstellen, darf der Therapeut klarerweise nicht ausleben, ebenso haben therapeutische Interventionen außerhalb des professionellen Settings, z. B. in der eigenen Partnerschaft oder Kindererziehung, nichts zu suchen, weil sie hier kontraproduktiv wirken würden.

Im Folgenden Überlegungen zu einigen grundlegenden Eigenschaften, die ein Systemischer Familientherapeut mitbringen sollte:

- Fähigkeit zum Wechsel von Perspektiven und Standpunkten.
- Bereitschaft zur Selbstkritik, zum Relativieren und Relationieren von Standpunkten.
- Bewusstheit für Vernetzung und Zirkularität.
- *Kontextbewusstheit*: Bedeutungen werden erst durch einen bestimmten Kontext geschaffen, ebenso entstehen Probleme nie unabhängig von einem Kontext. Es ist zu beachten, dass der therapeutische Kontext nicht derjenige ist, der ein Problem geschaffen hat bzw. zeigen muss. Allgemein gilt für den therapeutischen Kontext in der SFT, dass hier innerhalb eines sicheren Rahmens bewusst Unsicherheit geschaffen wird.
- *Ressourcenbewusstheit*: Prinzipiell kann eine Ressource zu mehr Kraft, Zufriedenheit, Glück verhelfen. Typische Ressourcen sind Freundeskreis, Partnerschaften, Kinder, politische Ruhe, gesunde Umwelt... Aber auch scheinbar negative Entwicklungen wie Krankheiten können zu Ressourcen werden. Neben der Frage, welche Ressourcen ein Klient hat, ist vor allem wichtig, auf welche davon er Zugriff hat.
- *Gender-Sensibilität*: Unter Gender versteht man die zugeschriebene Geschlechterrolle, die nicht zu verwechseln ist mit dem biologischen Geschlecht oder der sexuellen Orientierung einer Person. Derartige Zuschreibungen sind manchmal abhängig von der Ebene, die

gerade betrachtet wird. Bsp. Individuum, Familie, Schule. Gerade für die Therapie ist der Grundsatz zu beachten, dass „Sprache Realität schafft“. Diskriminierung darf also in keinem Fall in den Therapieraum getragen werden.

- *Wahrnehmen der Klienten in ihrer Verwobenheit über die Generationen*: Einerseits sind die familiären Wurzeln der Klienten zu respektieren, wobei es sehr problematisch sein kann, wenn sich ein Klient von den eigenen Wurzeln abgeschnitten hat, andererseits spielt auch die Verwobenheit in die Zukunft eine Rolle, z. B. der Kinderwunsch einer Klientin.
- *Respekt vor Klienten in ihrer Verantwortung als Experten für Inhalte und Ziele der Therapie*: Der Therapeut geht auf das ein, was der Klient sich wünscht. Sein Auftrag erweitert sich nur dann, wenn es für das Erreichen eines Ziels notwendig ist und wenn der Klient dies zulässt. Grundsätzlich wird versucht, aus einem „Problem“, das dem Klienten als etwas Statisches erscheint, ein bearbeitbares konkretes „Anliegen“ zu machen. Bsp. Der Klient will lernen, ohne Panikattacken mit dem Aufzug zu fahren.

3.6 Interventionen

Intensität im Sinne von Aufmerksamkeit, Präsenz oder Nähe ist eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit innerhalb der SFT, wobei aber im Kontrast dazu Unaufmerksamkeit, Desinteresse oder sogar Schlaf als therapeutische Werkzeuge verwendet werden können.

Joining ist ein wichtiger Begriff in der SFT. Er bezeichnet die Anschlussfähigkeit des Therapeuten zum Klienten, sein Sich-Einlassen auf ihn bzw. „Mitschwingen“ mit ihm.

Körper: Gemäß dem ganzheitlichen Menschenbild der SFT wird die körperliche Verfassung des Klienten ernst genommen, seine äußere Erscheinung, seine Gesundheit, Hinweise auf körperliche Krankheiten etc. Die Körperhaltung kann zu diagnostischen Zwecken analysiert werden, und sie kann im Zuge des Joining sogar vom Therapeuten nachgeahmt werden. Das Steifmachen der Knie, um ein Beispiel zu nennen, ist ein Verhalten, das der Trotzphase entstammt und Selbstbehauptung signalisiert.

Gefühl: Eine mögliche Ebene, auf der die SFT ansetzt, ist die emotionale. Die Wahrnehmung eines Gefühls, das immer durch einen Reiz von außen ausgelöst wird, ist abhängig von Faktoren wie Kultur, Geschlecht, Affektivität, Erfahrungen, Wissen etc. Während das Gefühl selbst also „da“ ist, kann seine Wahrnehmung teilweise oder ganz blockiert sein, was wahrscheinlich seelische Probleme mit sich bringen wird.

Wille: Ein anderes Problemfeld eröffnet sich, wenn bei einem Klienten die Verbindung zwischen Wünschen und Wollen gestört ist und wieder hergestellt werden muss.

Macht ist in der SFT ein wichtiges Thema in dem Sinn, dass zu klären ist, wer innerhalb einer Gruppe wieviel „zu sagen hat". Voraussetzungen für Macht können z. B. Definition, Wissen, Ressourcen und vor allem auch die Fähigkeit zum Zugriff darauf sein. Nachdem Angst ein „schlechter Lehrmeister" ist, liegt es bei den Mächtigen, eine sichere Atmosphäre zu schaffen, in der die gesamte Gruppe lernen kann.

Provokation wird in der SFT häufig eingesetzt, weil sie das therapeutische System destabilisiert (irritiert) und so zu einem neuen Zugriff auf vorhandene Ressourcen führt, was heilsame Effekte begünstigt.

Skalieren ist eine sehr gute Möglichkeit, „Bewegung" in ein System zu bringen, weil durch das Formulieren einer Rangfolge durch eine Person im Hinblick auf eine bestimmte Frage alle anderen zum Reagieren darauf angeregt werden. Bsp.: In welcher Reihenfolge würden Sie die Anwesenden ordnen im Hinblick auf die Frage: Wem zuliebe bin ich hier?

Narrative Therapie ist ein wichtiger Zweig der SFT, wobei sich zeigt, dass die „Geschichte" eines Menschen sehr vom jeweiligen Publikum abhängt. Er hört sich selbst oft erst im Rahmen einer Therapie zu, und schon das Erzählen verändert sein Selbst, welches nicht als etwas Statisches, sondern als ein Prozess angesehen wird. In diesem Sinne kann die Beschäftigung mit Literatur generell als eine nützliche Übung für jeden Therapeuten verstanden werden.

„*Genogramm* ist die Bezeichnung für eine piktografische Darstellung, die in der systemischen Familientherapie verwendet wird, um Familienbeziehungen, wiederkehrende Konstellationen und medizinische Vorgeschichte darzustellen. Dabei geht es inhaltlich weit über einen Familienstammbaum hinaus. Mit einem Genogramm sollen Verhaltensmuster, beziehungs-störende psychologische Faktoren und sich innerhalb einer Familie wiederholende Verhaltensweisen visualisiert und anschließend analysiert werden. [...] Genogramme bestehen aus einfachen Symbolen, die wie ein Familienstammbaum angeordnet sind. Ein Symbol steht dabei für ein Familienmitglied. Die Symbole zeigen das Geschlecht und, mit verschiedenen Linien, die Beziehung zu der Familie. Beispielsweise haben adoptierte Kinder und Haustiere

eine gestrichelte Linie, Pflegekinder sogar nur eine gepunktete. Für gewöhnlich steht über dem Symbol das Geburtsdatum (und gegebenenfalls das Todesdatum), darunter der Name. Im Inneren des Symbols steht das Alter oder verschiedene Zeichen, die zum Beispiel Erbkrankheiten, eheähnliche Gemeinschaften, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder plötzlichen Säuglingstod aufzeigen.“[35]

Familienaufstellung ist eine kraftvolle Methode der SFT, weil das tatsächliche Aufstellen der Mitglieder einer Familie im Raum Ordnungen sichtbar macht, die in einem Gespräch möglicherweise nicht manifest werden. Die Methode ist anschlussfähig, weil es den meisten Familien keine Probleme bereitet, sich auf eine bestimmte Art und Weise zu gruppieren, wie etwa für ein Familienfoto. Andererseits ist die Aufstellungsarbeit doch „neu“ genug, um die daran Beteiligten zu irritieren und so ihre Ressourcen zu aktivieren. Trotzdem ist zu bemerken, dass eine Aufstellung nicht für jede Familie zu jeder Zeit geeignet ist.

Nachdem die Anwesenden aufgestellt worden sind, klärt der Therapeut deren Fühlen, Denken und Wollen ab. Er fragt, wie es ihnen in dem Moment geht, wie sie die Nähe bzw. Distanz zu den anderen Mitgliedern des Systems empfinden, welche Impulse sie haben etc. Für den Therapeuten ist es wesentlich, das Tempo seines Vorgehens an das jeweilige Gegenüber, ob Großmutter oder Schulkind, so anzupassen, dass niemand unter- oder überfordert wird.

Exkurs: Familienstellen nach Bert Hellinger ist keine Psychotherapie. Hellinger, der offenbar ein sehr charismatischer und „hellsichtig“ begabter Mensch ist, arbeitet auf der Grundlage eines christlich geprägten, sehr normativen Weltbildes, er spricht von „Ordnungen der Liebe“, welches der in der SFT verwendeten Vorstellung einer dynamischen, geschichteten Ordnung entgegenläuft. Beispielsweise hat er Planvorstellungen davon, was gesund und was krank sei, er nimmt den Mann immer als Familienoberhaupt an, den Ältesten als Entscheidungsbefugten etc. Hellinger geht sogar so weit zu behaupten, dass ein Opfer an seinem Missbrauch immer mitschuld sei! Mittlerweile gibt es zahlreiche sog. „Hellinger-Leichen“, die im Anschluss an ein Familienstellen nach Hellinger eine „richtige“ Psychotherapie notwendig haben.

Bemerkung: Die feedback loops beim Erstellen dieser Arbeit fand ich sehr anregend, allerdings bringt das Abtippen der eigenen Mitschrift keinen wirklichen Erkenntnisgewinn. Zudem war in den übrigen Kursen eine schriftliche Ausarbeitung im Umfang von drei Seiten ausreichend. Vielleicht wären kürzere und dafür dichtere Ausarbeitungen (mit Rückmeldungen) zu ausgewählten Zusatztexten eine Alternative gewesen.

[35] Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Genogramm [10. 12. 2006].

4. Lerntheoretische Konzepte

4.1 Erklärungsmodell zu Störungen

Um die Frage beantworten zu können, auf welchem Menschenbild die lerntheoretischen Konzepte der Psychotherapie basieren und mithilfe welcher Modelle sie psychische Störungen erklären, ist ein kurzer Blick in deren historische Entwicklung hilfreich.

Die Verhaltenstherapie, wie diese Konzepte auch genannt werden, kennt im Gegensatz zu anderen Schulen, keine bedeutenden Gründerfiguren. Parfy (1999) führt in seinem Text zwei Ausgangspunkte an: Einerseits russische Studien zur Reflexologie, die mit dem auch abseits der Psychologie bekannten Namen Pawlow in Verbindung stehen. Hier ging es darum, in einem exakten naturwissenschaftlichen Setting anhand von Tieren den Zusammenhang von bestimmten *Reizen* und den darauf folgenden reflexartigen *Reaktionen* zu untersuchen. „Die darauf aufbauenden Theorien sind später unter dem Begriff der ‚klassischen' oder ‚respondenten (reizbeantwortenden) Konditionierung' bekannt geworden."[36]

Andererseits musste sich Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA die damals noch junge Psychologie auch für die Arbeit an psychiatrischen Kliniken legitimieren, weshalb sie sich stark am naturwissenschaftlichen Forschungsansatz mit dessen Forderung nach Objektivität und Wiederholbarkeit von Ergebnissen orientiert hat. Dieser Ansatz ist unter dem Namen *Behaviorismus* bekannt geworden.

In der Zwischenkriegszeit ging man daran, die Ergebnisse oben genannter Ausgangspunkte zu systematisieren und zu *Lerntheorien* zu verdichten. Dazu Parfy (1999): „Im Rahmen von Therapien wurde das problematisierte Verhalten als Produkt einer individuellen Lerngeschichte aufgefasst, das nicht nur den postulierten Gesetzmäßigkeiten entsprechend erlernt, sondern auch wieder unter therapeutischer Anleitung verlernt (‚gelöscht') werden konnte."[37] Schließlich wurde das Konzept um verschiedene Theorien und Methoden erweitert, immer in Hinblick auf die Überprüfbarkeit von deren Wirksamkeit, bis es um 1970 zur sogenannten *Kognitiven Wende* kam, während der das nicht direkt beobachtbare menschliche Innenleben ins Zentrum des Interesses rückte, das vorher mit dem „Verdacht der Introspektion" behaftet gewesen war und als Domäne der Psychoanalyse gegolten hatte.

---

[36] Parfy (1999), S. 141.
[37] Parfy (1999), S. 141f.

Neben der Kognitiven Wende, die zur Entwicklung der heute in der Verhaltenstherapie wesentlichen Methode der *Kognitiven Therapie* geführt hat, gibt es Quellen, die im Anschluss auch eine *Emotionale Wende* und schließlich eine *Störungsspezifische Wende* nennen.[38]

Für das heutige verhaltenstherapeutische Menschenbild ist der Begriff *Selbstorganisation* wesentlich: Der Organismus reguliert seinen Zustand mithilfe von Rückkoppelungs-Schleifen aus Beobachtung, Bewertung und Verstärkung bzw. Abschwächung von Parametern auf biologischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene, die einander natürlich auch beeinflussen. Dementsprechend erklärt das *Bio-Psycho-Soziale Modell* psychische Störungen als das Ergebnis von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen, die sich aus dem Wechselspiel obiger Ebenen ergeben.[39] Für gewisse Störungen gibt es zusätzlich eigene Bedingungsmodelle, die auch an den jeweiligen Patienten adaptierbar sind.

Als *Wirkfaktoren* im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Interventionen werden einerseits unspezifische genannt, die für alle Formen von Psychotherapie gelten, hier vor allem die Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient[40]; und andererseits spezifische, die sich aufgrund der differenzierten Methodik der Verhaltenstherapie[41] ergeben.

4.2 Beziehung zwischen Therapeut und Patient

Neben den für eine Therapeut-Patient-Beziehung über alle Schulen hinweg geltenden Forderungen nach Einfühlungsvermögen, annehmender Haltung, aufrichtigem Interesse des Therapeuten etc. gibt es in der Verhaltenstherapie verständlicherweise auch spezifische Forderungen, die sich aus deren Theorien und Methoden ergeben.

Das Vereinbaren gemeinsamer *Therapieziele*, die aber im Sinne kommunikativer Feedback-Schleifen Aktualisierungen zugänglich bleiben, scheint ein wichtiges Merkmal verhaltenstherapeutischer Beziehungsgestaltung zu sein. Aufgrund des reichhaltigen Repertoires an Interventionsmöglichkeiten kann der Therapeut seine Behandlungsangebote in einem laufenden Prozess auf die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten abstimmen.

Ein weiteres Attribut der therapeutischen Beziehung beschreibt Parfy (1999) wie folgt: „Jedem Behandlungsschritt kommt eine gemeinsam zu besprechende Funktion zu, wobei der Therapeut das jeweilige Vorgehen fachlich zu begründen hat, und zwar in einer Form, die dem Patienten die dahinter stehenden Überlegungen nachvollziehbar werden lässt – maximale *Transparenz des Therapiegeschehens* zählt zum erklärten Ziel der Verhaltenstherapie [...].“[42]

---

[38] Vgl. Schuch (2006), S. 5.
[39] Vgl. Schuch (2006), S. 6f.
[40] Siehe auch Frage 2.
[41] Siehe auch Frage 3.
[42] Parfy (1999), S. 147 [Hervorhebungen von mir].

Obige Forderung nach Transparenz beinhaltet in manchen Fällen sogar den Verweis auf weiterführende Literatur oder die Verwendung von Tonbandprotokollen von Sitzungen, die der Patient zum genaueren Studium mit nachhause nehmen kann. Auf die Bereitschaft des Patienten zu „*Hausübungen*" zwischen den Sitzungen wird in der Verhaltenstherapie generell Wert gelegt. Damit sind konkrete Übungen im Alltag gemeint, bei denen er sich unter aufmerksamer Selbstbeobachtung in Situationen begibt, in denen diagnostisch relevantes Erleben oder auch seine Kompetenzen erweiterndes Handeln möglich werden.

Die dafür notwendige *Änderungsmotivation* und in weiterer Folge der Mut, selbständig aus neuen Erfahrungen zu lernen, wird hier nicht ausschließlich als eine Eigenschaft des Patienten verstanden, die er in die Therapie mitbringt oder nicht, sondern auch als eine wichtige Konsequenz der therapeutischen Arbeit selbst. Bezüglich des Ziels der zunehmenden Autonomie des Patienten zusammenfassend ein Zitat von Parfy (1999): „In dem prägnanten Schlagwort der ‚*Hilfe zur Selbsthilfe*' wird die diesbezügliche Grundhaltung der Verhaltenstherapie zum Ausdruck gebracht – der Patient soll in die Lage versetzt werden, in seinem natürlichen Lebensumfeld durch veränderte Verhaltensweisen selbstverantwortlich neue und letztlich problemauflösende Erfahrungen machen zu können."[43]

4.3 Therapeutische Techniken und Interventionen

Gemäß dem Selbstverständnis der Verhaltenstherapie, Methoden dann in ihren Kanon aufzunehmen, wenn deren Wirkung empirisch nachweisbar ist, kennt sie mittlerweile ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten, die sich in deren theoretischem Rahmen wie in der praktischen Anwendung teilweise auch überschneiden.

Dazu eine prägnante Einleitung von Parfy (1999): „Beginnend mit den ‚*kognitiven Verfahren*', die auf die Veränderung mentaler Verarbeitungsmuster abzielen, gefolgt von den ‚*Konfrontationsverfahren*', die primär eine Neupositionierung des Individuums in Bezug auf intensive emotionale Erfahrungen anstreben, weiter über die ‚*Entspannungstechniken*', die die physiologische Dimension des Körpers therapeutisch nutzen, bis hin zu den ‚*operanten Verfahren*', die ihren Einfluss durch Gestaltung der Umweltbedingungen des Organismus gewinnen – alle werden heute meist in ergänzender Kombination verwendet."[44] Daneben kennt die Verhaltenstherapie auch die *euthymen Verfahren*, die eine Förderung des Wohlbefindens des gesamten Menschen zum Ziel haben, indem sie, ganz im Sinne der Selbstregulation, einen Ausgleich zwischen Anforderungen von außen und inneren Bedürfnissen anstreben.

[43] Parfy (1999), S. 148 [Hervorhebungen von mir].
[44] Parfy (1999), S. 151.

In weiterer Folge möchte ich exemplarisch die *Kognitive Therapie nach Beck* etwas genauer vorstellen, die ursprünglich für die Arbeit mit depressiven Menschen entwickelt worden ist.[45] Als *Kognitionen* werden darin Leistungen des Gehirns verstanden, die mit der Verarbeitung (Wahrnehmen, Urteilen, Denken, Entscheiden, Problemlösen) und Speicherung (Gedächtnis) von Informationen zu tun haben. Was die Informationsspeicherung betrifft, können zwei Arten von Gedächtnis unterschieden werden: Das *explizite (deklarative) Gedächtnis* enthält bewusste Inhalte wie Bedeutungen oder Episoden, während das *implizite (prozedurale) Gedächtnis* emotionale Erfahrungen, Sensitivierungen, Konditionierungen etc. enthält, die schwerer greifbar sind.

Als Kognitionen im engeren Sinn werden gedanklich-verbale oder bildhafte Ereignisse im menschlichen Bewusstsein bezeichnet, die zwischen Organismus und Umwelt vermitteln. Die Grundidee der Kognitiven Therapie ist es nun, vereinfacht gesprochen, „neue" Erfahrungen zu „alten" Gefühlen zu machen bzw. für den Patienten schädliche Kombinationen von Sinneseindrücken und Emotionen durch Aktualisierung zu trennen. Anders ausgedrückt: „Kognitive Verfahren zielen darauf, ab, diese zugrundeliegenden kognitiven Prozesse, die entlang lerngeschichtlich gewachsener Strukturen – den ‚*kognitiven Schemata*' – organisiert werden, auf direktem Wege zu verändern."[46]

In der Praxis ist dazu eine präzise Diagnostik erforderlich, da kognitive Prozesse oft nur in Form von schnell auftauchenden „*automatischen Gedanken*" des Patienten identifiziert werden können, die auf unzulässige Verallgemeinerungen, unlogische Schlussfolgerungen, falsch gedeutete Ursache-Wirkung-Beziehungen etc. hinweisen. Das „Umprogrammieren" dieser dysfunktionalen kognitiven Schemata erfolgt dann mithilfe von Therapiesequenzen, Rollenspielen oder Übungen im natürlichen Umfeld, bei denen Patient und Therapeut gemeinsam die auftretenden Kognitionen und deren Auswirkungen analysieren.

4.4 Verwendete Literatur

Parfy, Erwin (1999): Verhaltenstherapie. In: Slunecko, Thomas / Sonneck, Gernot (Hg.): Einführung in die Psychotherapie, WUV-Universitätsverlag, Wien, S. 140 – 167.

Schuch, Bibiana (2006): Lerntheoretische Konzepte / Kognitiv-behaviorale Therapie = Verhaltenstherapie, Skriptum für HoPP, Wien.

[45] Vgl. Schuch (2006), S. 9.
[46] Parfy (1999), S. 152 [Hervorhebungen von mir].

Der Autor, Ing. Mag. Michael Horvath, kann via selbstbefreiung@gmx.net kontaktiert werden.